7

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PARALLÈLE ENTRE

L'EXTIRPATION DU RECTUM

ET

L'ÉTABLISSEMENT DE L'ANUS ARTIFICIEL

DANS LE TRAITEMENT

DU CANCER DU RECTUM

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

PAR

J. CARCOPINO,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 29-31

1879

LIBRAIRIE
JAÇQUES LECHEVALIER
23, Rue Racine, PARIS VI.

A monsieur le Docteur [illegible], médecin-major de 1re [illegible] au Val de Grâce

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Hommage respectueux
Dr Carcopino

PARALLÈLE ENTRE

L'EXTIRPATION DU RECTUM

ET

L'ÉTABLISSEMENT DE L'ANUS ARTIFICIEL

DANS LE TRAITEMENT

DU CANCER DU RECTUM

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue

PAR

J. CARCOPINO,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 29-31

1879

Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30575278

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

A MON AMI

A. DALLEMAGNE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GUYON

Chirurgien de l'hôpital Necker

A M. LE DOCTEUR RIGAL

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Médecin des hôpitaux

A M. LE DOCTEUR TERRILLON

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien des hôpitaux

PARALLÈLE ENTRE

L'EXTIRPATION DU RECTUM

ET

L'ÉTABLISSEMENT DE L'ANUS ARTIFICIEL

DANS LE TRAITEMENT

DU CANCER DU RECTUM

INTRODUCTION.

Le traitement du cancer du rectum est loin d'être le même pour tous les chirurgiens. Les uns, considérant qu'il est dangereux d'intervenir d'une façon active, se bornent à combattre les rétrécissements qu'il amène à la longue : ils emploient à cet effet des moyens tout à fait palliatifs, tels que la dilatation avec ses nombreux procédés, la divulsion brusque, la cautérisation destructive, les incisions uniques ou multiples, superficielles ou profondes. D'autres ont recours à une thérapeutique plus hardie, mais comme les premiers, ils n'ont

en vue que de remédier au rétrécissement : parmi ceux-ci, les uns pratiquent la rectotomie interne, externe, ou linéaire, les autres établissent un anus artificiel. Pour beaucoup enfin, le cancer du rectum, comme celui des autres régions accessibles du corps, est justiciable d'un traitement curatif, et toutes les fois que la production morbide n'a pas dépassé certaines limites, ils en pratiquent l'ablation. Etudier tous ces divers traitements serait pour nous une tâche trop longue et trop difficile, et nous nous contenterons dans ce travail de chercher à établir par des faits un parallèle entre l'établissement de l'anus artificiel et l'extirpation du rectum. Avant de commencer, nous croirions manquer aux devoirs de la reconnaissance, si nous n'adressions tous nos remercîments à M. le docteur Terrillon qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, et qui n'a cessé de nous aider de ses conseils pendant la durée de nos recherches.

Notre reconnaissance est aussi acquise à M. le professeur Guyon, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous nous proposons de diviser notre travail en trois parties. La première comprendra l'étude de l'extirpation du rectum; la deuxième sera consacrée à l'établissement de l'anus artificiel. Enfin, dans la troisième partie nous comparerons les deux méthodes et nous essayerons d'en déduire la valeur et les indications.

CHAPITRE PREMIER

EXTIRPATION DU RECTUM CANCÉREUX.

L'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum parait avoir été pratiquée pour la première fois en 1739 par Faget, qui excisa un pouce et demi de cet intestin chez un homme atteint d'un vaste abcès des deux fosses ischio-rectales. Mais, c'est à Lisfranc que revient tout l'honneur d'avoir introduit cette opération dans le domaine de la chirurgie pratique. Le savant chirurgien de la Pitié la pratiqua, pour la première fois avec succès, en 1826, chez un homme atteint de cancer. Les résultats de sa pratique, ainsi que les principes de sa méthode sont consignés dans la thèse de Pinault, son élève, publiée en 1829 et qui renferme neuf observations. Trois ans plus tard, Lisfranc publia lui-même un mémoire, inséré dans la *Gazette médicale de Paris*, où résumant le travail de Pinault, il discuta les indications de l'extirpation du rectum cancéreux. Lisfranc se servait du bistouri.

En 1839, Velpeau exposa dans son traité de médecine opératoire, une modification fort heureuse qu'il avait fait subir à l'opération de Lisfranc et qui consistait dans l'affrontement de la muqueuse avec la peau après l'opération. Il donna, de plus, les résultats de sa pratique personnelle, qui étaient relativement peu encourageants, puisque sur six opérés, il eut trois morts, un par

phlébite, un par épuisement nerveux et un par hémorrhagie.

Denonvilliers modifia encore plus tard le manuel opératoire de Lisfranc et de Velpeau. Il se servait du bistouri comme eux, mais, il avait soin de pratiquer d'abord une incision verticale et postérieure allant jusqu'au rectum, et cette incision lui permettait de mieux manœuvrer dans la région.

En 1842, parurent les thèses de Massé et de Vidal (de Cassis). Dans la première se trouve une description détaillée de la façon dont Récamier pratiquait l'extirpation du rectum par la ligature permanente, avec une observation que nous publions plus loin. L'auteur de la seconde thèse condamne l'extirpation du rectum et se prononce en faveur de l'anus artificiel par la méthode de Littre.

En 1854, Chassaignac appliqua la méthode de l'écrasement linéaire à l'extirpation du rectum cancéreux. Celle-ci présente un grand avantage sur les méthodes précédentes, puisqu'elle met à l'abri d'une des plus terribles complications de l'ablation par instrument tranchant : l'hémorrhagie.

En 1860, Maisonneuve adopta un nouveau procédé : la ligature extemporanée qui ne diffère de la méthode de Chassaignac que par le mode d'exécution de l'écrasement linéaire. La ligature extemporanée de Maisonneuve est décrite dans l'*Union médicale* de 1860 et dans la thèse de Cortès publiée dans la même année.

En 1865, M. Fumouze, élève de Dolbeau, publia une thèse qui renferme, outre trois cas d'extirpation du rectum, des renseignements très-circonstanciés sur son exécution.

C'est M. le professeur Verneuil qui a apporté à l'opération de Lisfranc les plus heureuses modifications, en combinant l'emploi de l'anse galvano-caustique et de l'écrasement linéaire. Les résultats de sa pratique et les détails sur l'exécution de sa méthode ont été publiés dans les thèses inaugurales de deux de ses élèves, MM. Raymond (thèse de Paris, 1870) et Desbuschère (thèse de Paris, 1871).

A l'étranger, nous n'avons guère à citer que des chirurgiens allemands. Les auteurs anglais en effet, même les plus recommandables, passent sous silence l'extirpation du rectum, ou n'en parlent que pour la condamner. (Curling, Homes). Il n'en est pas de même en Allemagne, où elle a de chauds partisans. Dieffenbach (*Die opérative chirurgie*, Leipsig, 1845) l'a pratiquée plusieurs fois avec succès. En 1852, Schuh publia un premier mémoire sur le cancer papillaire du rectum, qui renferme deux observations intéressantes d'extirpation de cette portion d'intestin. Le même auteur publia en 1861 un nouveau mémoire plus complet sur la question, dans lequel enhardi par des succès, il essaie d'élargir le cadre des indications qui permettent l'opération. Schuh se servait de l'anse galvano-caustique. En 1864, parut un mémoire de Nussbaum de Munich, dans lequel sont discutées les indications de l'opération ; il contient quatre observations qui dénotent chez ce chirurgien une hardiesse qui fut, à plusieurs reprises, couronnée de beaux succès.

Enfin en 1873, M. le Dr A. Marchand, dans sa thèse inaugurale, a étudié d'une façon complète l'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum. On y trouvera la description détaillée des diverses méthodes avec leurs

avantages et leurs inconvénients, leurs indications et leurs contre-indications. Nous avons, pour notre part, largement puisé dans ce travail remarquable à tous égards, et la plupart des observations que nous publions ne sont qu'un résumé de celles qu'il renferme.

M. Marchand divise les diverses méthodes d'extirpation du rectum en deux classes : la première comprend les méthodes sanglantes (procédés de Lisfranc, Velpeau, Denonvilliers), et la seconde les méthodes, non sanglantes (procédés de Récamier, Chassaignac, Maisonneuve, Schuh, Verneuil).

Résultats. — Les résultats de ces méthodes sont très-différents entre eux, ainsi qu'on en pourra juger par les observations suivantes.

Obs. I (Lisfranc, Thèse de Pinault, 1829). — Homme de 45 ans. Cancer annulaire du rectum occupant un pouce et demi de la membrane muqueuse et ayant débuté cinq mois auparavant. Opéré le 13 février 1826, au bistouri. Deux pouces environ de la membrane muqueuse et la moitié du sphincter furent enlevés. L'hémorrhagie fut assez abondante, puisque le malade perdit environ quatre palettes de sang. Le soir de l'opération, nouvelle hémorrhagie donnant trois palettes de sang. Le 1er avril, il ne restait plus qu'un très-petit point qui ne fût pas cicatrisé.

Obs. II (Lisfranc, Thèse de Pinault). — Femme de 45 ans. — Cancer squirrheux du rectum remontant à deux pouces environ au-dessus de l'anus. Opérée au mois de janvier 1828, au bistouri. Deux pouces environ de la muqueuse rectale et une partie du sphincter furent enlevés. Hémorrhagie de la valeur de deux palettes. Aucun autre accident. Quinze jours après l'opération, la cicatrice était complète. Quatre ans plus tard (1832) la malade jouissait toujours d'une excellente santé. La défécation se faisait avec la plus grande facilité : pas d'incontinence des matières fécales.

Obs. III (Lisfranc, Thèse de Pinault). — Femme de 26 ans. Cancer squirrheux du rectum occupant le tiers de sa circonférence et remontant à un pouce au-dessus de l'anus. Opérée le 16 août : section médiane postérieure de l'intestin et excision à la hauteur d'un pouce et demi. Aucune ligature ne fut pratiquée. Le 28 octobre la plaie était complétement cicatrisée. Revue une année après l'opération, la cicatrice ne s'était pas rétrécie, et la malade n'éprouvait aucune gêne dans l'acte de la défécation.

Obs. IV (Lisfranc, Thèse de Pinault). — Homme de 30 ans. Blennorrhagie rectale à la suite de rapports contre nature. Depuis quatre ans, douleur dans la défécation ; depuis dix-huit mois, une ulcération sur le pourtour de l'anus, remontant dans l'étendue d'un pouce, puis rétrécissement squirrheux, au delà duquel les parois de l'intestin sont saines. Opéré le 20 novembre 1828 ; un pouce et demi de l'intestin fut excisé. Le malade sortit le 25 janvier sans que la plaie fût entièrement cicatrisée, présentant des signes de tuberculose pulmonaire. Perdu de vue depuis, il succomba vraisemblablement, dit l'auteur, à son affection tuberculeuse.

Obs. V (Lisfranc, Thèse de Pinault). — Femme de 29 ans. Rétrécissement cancéreux à deux pouces et demi au-dessus de l'anus ; le doigt pouvait facilement atteindre la limite supérieure du mal. Opérée le 6 mars. Deux incisions semi-elliptiques ; puis le doigt est introduit dans l'intestin qui est fendu parallèlement à son axe sur sa paroi postérieure, dans une hauteur de trois pouces. Hémorrhagie arrêtée avec une éponge imbibée d'eau froide. La dissection du rétrécissement fut longue dans toute la circonférence de l'intestin. La partie inférieure du rectum ne fut pas enlevée, on incisa seulement la peau qui avait été disséquée. Grande quantité de sang perdu. Dès le soir, fièvre vive, vomissements, douleurs dans le bassin et dans les environs de la plaie. Mort, le 9 mars à midi. A l'autopsie, infiltration de pus dans le tissu cellulaire de tout le bassin, remontant le long du méso-rectum, dans la fosse iliaque et le long de la colonne vertébrale, jusqu'au-dessous des reins.

Obs. VI (Lisfranc, Thèse de Pinault). — Homme de 72 ans.

Début datant de deux ans. Aussi haut que le doigt pouvait atteindre, on sentait un épaississement considérable des parois du rectum : tout le tissu cellulaire environnant était squirrheux. Opéré le 27 mai 1829. Deux incisions semi-lunaires. La peau fut disséquée jusqu'au rectum. Hémorrhagie abondante arrêtée avec de l'eau froide. L'intestin fut disséqué *in situ* avec les plus grandes difficultés; la paroi antérieure du rectum était si adhérente à l'urèthre que ce canal fut intéressé par la dissection dans la partie inférieure. L'intestin fut excisé dans une hauteur de trois pouces. Le malade avait perdu beaucoup de sang. Le lendemain, douleurs dans la plaie et le bassin. Mort à sept heures du soir. Pas d'autopsie.

Obs. VII (Lisfranc, Thèse de Pinault). — Femme de 29 ans. Induration squirrheuse occupant toute la circonférence du rectum et remontant à une hauteur de trois pouces. Début datant de trois ans. Opérée le 12 juin 1829. Deux incisions semi-lunaires. Dissection de la plaie jusqu'aux parois de l'intestin que l'on fend à sa partie postérieure dans une étendue de trois pouces. Hémorrhagie arrêtée par l'eau froide. On abaisse au moyen d'érignes la partie inférieure du rectum. Dissection difficile au niveau de la cloison recto-vaginale. L'incision longitudinale postérieure fut agrandie; elle divisa des artères volumineuses. L'hémorrhagie cessa deux heures après l'opération. Vomissements dès le premier jour. La malade se releva et alla bien jusqu'au 27 juin. Ce jour, fièvre, douleur dans le bassin, frisson de dix minutes. Les trois jours suivants, frissons. Mort le 6 juillet. A l'autopsie, le péritoine semble sain. Pas d'épanchement dans le petit bassin. La plupart des veines collatérales de l'hypogastrique étaient pleines d'un liquide puriforme. Les autres organes étaient sains.

Obs. VIII. (Lisfranc, Thèse de Pinault). — Femme de 25 ans. A eu des rapports contre nature. Traitement antisyphilitique sans résultats. A trois pouces et demi au-dessus de l'anus, il existe un epaississement squirrheux de la paroi du rectum, que le doigt peut à peine traverser. Opérée le 17 août 1828. Excision à trois pouces et demi de hauteur de l'intestin ulcéré. Eponge imbibée

d'eau froide. Deux heures après, tout suintement sanguin avait disparu. Le 25 septembre la plaie cicatrisée, avait de la tendance à la coarctation. La malade, conservée jusqu'au 28 avril 1829, retenait très-bien ses matières fécales. Le canal cicatriciel n'a pas diminué.

Obs. IX (Lisfranc, Thèse de Pinault). — Femme de 41 ans. Début du mal, datant de vingt ans. Sur le côté droit du rectum, engorgement squirrheux faisant une saillie assez considérable à peu près à un pouce et demi de l'anus. Sur la paroi postérieure du rectum, ulcérations squirrheuses remontant à trois pouces dans l'intestin. Opérée le 15 mai 1829; excision à la hauteur de trois pouces. Hémorrhagie assez abondante. Les trois premiers jours, coliques, nausées et quelques vomissements. Le 15 juillet, la cicatrice recouvre à peu près tout le canal jusqu'à la partie inférieure du rectum. La malade conserve ses matières fécales.

Obs. X (Revue médicale, 1836, p. 264; Mandt de Greisfwald). — Homme de 45 ans. A l'extrémité de l'orifice anal, ulcère fongueux, inégal, bosselé, à bords rouges brunâtres. La peau environnante était saine. La paroi rectale en dedans était, comme l'orifice, inégale, dure, bosselée. L'altération s'étendait à une hauteur de deux pouces et demi. Résection du rectum à trois lignes des tissus malades. Hémorrhagie considérable arrêtée par l'eau froide. La guérison fut complète au bout de trois semaines. Incontinence d'abord, puis les fonctions intestinales s'améliorèrent au point que le malade put reprendre ses travaux.

Obs. XI (Baumès). Bulletin de l'Académie royale de médecine t. X, p. 936. — Femme de 52 ans. Cancer occupant toute la circonférence du rectum, depuis son extrémité inférieure jusqu'à trois pouces de hauteur. Cloison recto-vaginale dégénérée, squirrheuse à plus d'un pouce. Etat général de tous points déplorable. Opérée le 7 septembre 1836. Ablation de l'intestin jusqu'à la hauteur de trois pouces. Toute la cloison recto-vaginale et la muqueuse elle-même jusqu'à plus d'un pouce de hauteur furent enlevées. Hémorrhagie considérable. Quarante jours après l'opération la cicatrisation était complète. Cette femme put vaquer à toutes les occupations de son

ménage. Elle était avertie soir et matin, par des coliques et le sentiment d'un poids dans le rectum, de l'issue des matières stercorales qu'elle ne pouvait encore retenir au moment où fut publiée l'observation.

Obs. XII (Pétel du Cateau, l'Expérience, t. VI, p. 27). — Homme de 67 ans. Début datant d'un an. Bosselures volumineuses, surtout à gauche et en avant, où il existait de plus une ulcération profonde. Le doigt *semblait* atteindre les limites du mal. Opération le 7 décembre 1838, au bistouri. La portion d'intestin enlevé avait trois pouces et demi de hauteur. Guérison après de nombreux accidents non mentionnés. Le malade avait de la peine à conserver les matières même lorsqu'elles étaient consistantes.

Obs. XIII (Denonvilliers, Gazette des hôpitaux, 1844).— Homme d'un âge avancé. Cancer du rectum ne s'étendant pas à plus de la longueur du doigt; il cessait brusquement, et sur ses limites la muqueuse reprenait son état normal. Le rectum était mobile de toutes parts, excepté en avant, où il existait quelques adhérences à la prostate. Opéré le 24 juillet 1844 suivant la méthode de Lisfranc. Des ligatures furent pratiquées à mesure que les vaisseaux étaient ouverts. Hémorrhagie peu abondante. Le 26, hémorrhagie à la suite d'efforts inconsidérés de défécation. Celle-ci s'arrêta brusquement. Le malade guérit parfaitement, on ne dit pas après combien de temps. Le rectum fonctionnait bien, malgré la perte de substance énorme qu'il avait subie.

Obs. XIV (Dolbeau, 1865, Thèse de Fumouze). — Femme de 42 ans, malade depuis un an. On voit saillir du rectum de petites tumeurs fongueuses, aplaties; de petites tumeurs semblables siégent sur la paroi rectale dans une hauteur que le doigt peut facilement atteindre. Opérée le 21 janvier, au bistouri, suivant le procédé de Denonvilliers. Aucun accident. Dans le courant de février, la plaie se trouve complétement cicatrisée. La malade a repris de l'embonpoint, mais elle a une incontinence des matières fécales. Au mois de juillet suivant on constate par le toucher rectal : 1° un anneau cicatriciel qui ferme l'intestin et permet à peine l'introduc-

tion du doigt; 2° au-dessus, la muqueuse est souple, mais elle présente en un point une induration douloureuse qui fait craindre une récidive.

Obs. XV (Dolbeau, Thèse de Fumouze). — Femme de 32 ans. Rétrécissement de l'intestin formé par des bosselures nombreuses, dures, quelques-unes ulcérées. Le doigt peut arriver facilement jusqu'aux limites du mal. Opérée suivant le procédé de Denonvilliers. L'incision postérieure mit à découvert une seconde tumeur séparée de la première par une bande de deux centimètres de muqueuse saine. Guérison en sept semaines. Incontinence absolue des matières fécales. Deux ans après, la malade fut revue; elle ne présentait pas de récidive, mais son incontinence persistait.

Obs. XVI (Dolbeau, Thèse de Fumouze). — Homme de 34 ans. Rétrécissement considérable formé par plusieurs bosselures siégeant dans l'épaisseur des parois rectales, remontant à 8 centimètres. Opéré suivant le procédé de Denonvilliers, sans aucune difficulté. Le 4ᵉ jour, le malade succomba à des accidents pernicieux.

Obs. XVII (Mollière, maladies de l'anus et du rectum, Paris 1877, p. 627). — Femme de 52 ans. Début remontant à six mois. Cancer du rectum dont la limite supérieure pouvait être facilement atteinte par le doigt. Opérée au bistouri par M. le docteur Desgranges, le 21 mars 1860. Le 15 mai, la cicatrisation était complète et les fonctions s'exécutaient très-bien. Deux ans après, récidive qui entraîna la mort le 4 mai 1862.

Obs. XVIII. (Nussbaum Aertzlich. Intelligens Blatt, 1863). — Homme de 48 ans. Cancer du rectum remontant à 5 pouces au dessus de l'anus, occupant toute la circonférence de l'intestin, adhérent à la prostate et à la vessie. Opéré au bistouri. Hémorrhagie considérable. Guérison au bout de deux mois. Le malade succomba treize mois après, aux progrès de la cachexie cancéreuse.

Obs. XIX. (Nussbaum. Loc. cit.) — Homme de 54 ans. Cancer du rectum datant de plusieurs mois, haut situé, occupant surtout

la paroi antérieure de l'intestin, appliqué à la prostate et au col de la vessie. Opération au bistouri suivie d'une hémorrhagie abondante. Perforation de la vessie. Guérison au bout de deux mois. Pas d'incontinence. Mort dix-sept mois après l'opération.

Obs. XX. (Nussbaum. Loc. cit.)—Femme de 55 ans. Cancer du rectum remontant à une hauteur de 4 pouces, adhérent au coccyx, au sacrum et à la paroi postérieure du vagin. Opération au bistouri, suivie d'une hémorrhagie considérable malgré l'application de sept ligatures. Le soir, symptômes de péritonite. Mort le lendemain.

Obs. XXI. (Nussbaum. Loc. cit.) — Femme de 32 ans. Cancer du rectum datant d'un an, ayant une hauteur de 5 pouces et ayant envahi la paroi recto-vaginale. Opérée au bistouri. Guérison au bout de quatre semaines.

Obs. XXII. (Nussbaum. Loc. cit.) Cancer du rectum englobant une partie de l'urèthre, la prostate en totalité, et un morceau du col de la vessie. Opération au bistouri. Nussbaum fut obligé d'enlever la partie adhérente de la vessie, la prostate et la portion d'urèthre que celle-ci entoure. Hémorrhagie considérable. Vers la quatrième semaine, guérison. Le malade ne laissait échapper involontairement ni gaz, ni urine, ni matières fécales.

Obs. XXIII. (Simon, de Rostock, Deutsch Klinik, 1866). — Cancer épithélial chez un homme de 24 ans, s'étendant à une hauteur de 4 à 5 centimètres. Opération au bistouri, sans acccidents. Six mois après, récidive entraînant la mort en six semaines.

Obs. XXIV. (Simon, de Rostock. Loc. cit).— Homme de 41 ans. Cancer épithélial remontant à 3 centimètres de l'ouverture anale. Extirpation de la partie malade au moyen du bistouri. Hémorrhagie considérable. Le troisième jour, péritonite qui amena la mort le sixième jour. L'autopsie ne put être faite, mais l'auteur pense que le péritoine était parfaitement intact. D'une part, l'opération n'avait pas porté jusqu'à la hauteur du cul-de-sac péritonéal

et d'autre part, on ne voyait aucune trace de péritoine sur la portion extirpée.

Obs. XXV. (Dieffenbach. Die operative chirurgie, Leipig, 1845). — Homme de 50 ans malade depuis plusieurs années. Cancer du rectum remontant si haut qu'on ne pouvait atteindre les limites supérieures du mal. Opération au bistouri. Guérison au bout de six semaines. Quatre ans après, pas de récidive.

Diffenbach affirme en outre qu'il a pratiqué trente fois la même opération avec succès, mais il ne cite pas les observations; cependant, il faut admettre, malgré le scepticisme que peut inspirer le vague d'un pareil chiffre rond, qu'il a dû réussir dans un très-grand nombre de cas.

Obs. XXVI. (Marchand, thèse de Paris, 1873). — Homme de 55 ans. Cancer du rectum, remontant à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'anus. Opéré au bistouri par M. Labbé, dans le service de M. Richet. Quinze jours après l'opération, phénomènes d'obstruction intestinale. Mort trois semaines après l'opération. A l'autopsie on constate, au dessus du point sectionné, un retrécissement circulaire du rectum par une infiltration spuirrheuse de ses parois.

Obs. XXVII. (Polaillon. Gazette des hôpitaux, 1872). — Homme de 62 ans. Cancer occupant la moitié latérale droite du rectum, remontant jusqu'à 8 ou 9 centimètres de l'anus, adhérent en avant au bord latéral droit de la prostate. Opéré suivant le procédé de Denonvilliers. Quatre mois après l'opération, récidive entraînant la mort.

Obs. XXVIII. (Duplay. Gazette médicale de Paris, 1872). — Femme de 54 ans. Cancer du rectum datant de deux ans, remontant à une hauteur de 4 centimètres. Extirpation par le procédé

de Denonvilliers. Guérison complète en deux mois et demi. Pas d'incontinence.

Si l'on ajoute aux observations qui précèdent les six cas mentionnés par Velpeau dans son traité de médecine opératoire, et dont trois furent suivis de mort, il sera facile d'évaluer la mortalité qu'entraîne après elle l'extirpation du rectum cancéreux par les méthodes sanglantes. Il est bien entendu que nous ne saurions faire entrer dans ce calcul, les trente prétendus cas de guérison de Dieffenbach, qui ne reposent que sur une affirmation vague et peu précise du chirurgien allemand. On peut voir que cette opération est en somme très-grave, puisqu'elle a été suivie de mort neuf fois sur trente-quatre. Mais nous ne devons pas nous contenter d'enregistrer ce chiffre brut : nous devons encore déterminer la cause de la mort dans les cas où elle a suivi l'extirpation, car cette détermination nous sera nécessaire pour établir la valeur et les indications de l'opération au moyen de l'instrument tranchant. Or, les neuf terminaisons fatales observées dans ces trente-quatre cas, se décomposent de la manière suivante :

Trois malades de Lisfranc sont morts : le premier par suppuration diffuse du petit bassin (obs. V); le second, par phlébite purulente (obs. VII), et le troisième par péritonite suraiguë (obs. VI).

Trois malades de Velpeau sont morts : un par phlébite, un autre par épuisement nerveux, le troisième par hémorrhagie.

Un malade de Nussbaum est mort par péritonite (obs. XV).

Un malade de Simon, par péritonite également (obs. XXIV).

Enfin, un malade de Dolbeau est mort par suite d'accidents pernicieux (obs. XVI). A la rigueur, on ne saurait comprendre ce dernier fait dans les suites de l'extirpation du rectum ; les accidents qui ont entraîné la mort se seraient produits à l'occasion de tout autre traumatisme, et même sans cause occasionnelle spéciale. De sorte que les méthodes sanglantes entraînent après elles une mortalité qui peut être représentée par la proportion de moins de 1/4, et que cette mortalité se rattache à diverses causes que nous étudierons après avoir exposé les résultats des méthodes non sanglantes.

Méthodes non sanglantes.

Obs. XXIX. (Chassaignac. Traité de l'écrasement linéaire). — Femme de 54 ans. Cancer du rectum, dont le début remonte, au dire de la malade, à vingt-deux ans, ayant 3 centimètres de hauteur. Etat général satisfaisant. Opérée le 21 avril 1854, au moyen de l'écraseur. Pas de complications immédiates; nulle trace d'hémorrhagie. Le 28 mai, la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie. Six mois après, pas de récidive.

Obs. XXX. (Chassaignac. Loc. cit). — Homme de 62 ans, entré le 3 avril 1855 à l'hôpital Lariboisière, pour un cancer épithélial du rectum opéré deux fois par l'instrument tranchant, et deux fois suivi de récidive. La tumeur occupe la demi-circonférence postérieure du rectum sur une hauteur de 3 ou 4 centimètres, et la paroi antérieure sur une hauteur de 1 centimètre ou 2 de l'orifice anal. Extirpation par l'écraseur le 14 mai. Suites de l'opération excellentes. Le 12 avril le malade entre en convalescence.

Dans son Traité des suppurations, Chassaignac mentionne en outre qu'il a eu, depuis la publication de ces deux observations, l'occasion de pratiquer plusieurs fois la même opération, et que celle-ci fut suivie d'un succès constant. Il est regrettable que ces faits ne soient consignés dans aucun recueil avec une précision suffisante pour servir à établir exactement la valeur de l'extirpation du rectum cancéreux.

Obs. XXXI. (Simon, de Rostock. Loc. cit). — Cancer du rectum du volume du poing, occupant les parois postérieure et latérales de l'intestin, et remontant à une hauteur de 5 centimètres au dessus de l'anus. Extirpation au moyen de l'écraseur. Hémorrhagie insignifiante. Guérison au bout de six semaines. Récidive six mois après qui entraîne la mort au bout de trois mois.

Obs. XXXII (Simon de Rostock. Loc. cit). — Homme de 54 ans. Cancer du rectum, s'élevant si haut qu'il est à peu près impossible de dépasser les limites du mal avec le doigt. Extirpation au moyen de l'écraseur et du bistouri. Hémorrhagie considérable. Guérison complète en six semaines. 4 mois après, récidive entraînant la mort au bout d'un mois.

Obs. XXXIII. (Id. Loc. cit). — Cancer vulumineux du rectum, de l'anus, et du périnée, remontant à 4 centimètres au dessus de l'anus. Extirpation au moyen de l'écraseur et de l'instrument tranchant. Hémorrhagie abondante. Guérison en sept semaines. Incontinence persistante. Une récidive survint qui emporta le malade, on ne dit pas après combien de temps.

Obs. XXXIV. (Schuh. Abhacdlung : der chirurgie und operations lehere, Wien, 1867).— Femme de 32 ans. Cancer du rectum dont les limites supérieures étaient difficiles à atteindre par le toucher rectal. Paroi recto-vaginale saine. Opération au moyen de

l'anse galvano-caustique. Guérison en quelques semaines. Pas d'incontinence. Perdue de vue depuis sa guérison.

Obs. XXXV. (Schuh. Loc. cit). — Femme de 31 ans. Début du mal remontant à deux ans. Cancer du rectum s'étendant vers les régions postérieure et latérales jusqu'à la hauteur de 3 pouces, de sorte qu'il atteignait le cul-de-sac peritonéal, tandis qu'en avant il ne remontait qu'à deux pouces. Opérée à l'anse galvano-caustique. Hémorrhagie considérable. Le lendemain, symptômes de péritonite entraînant la mort au bout de trois jours. A l'autopsie on trouva une perforation du péritoine.

Obs. XXXVI. (Récamier. Thèse de Massé, 1842). — Tumeur carcinomateuse à la partie inférieure et postérieure du rectum enlevée par Roux, en juillet 1841, et récidivée. Le 12 février 1842, la tumeur occupe toute la partie inférieure et moyenne de la paroi postérieure du rectum, et ses bords latéraux. Paroi recto-vaginale intacte. Opération par la méthode de la ligature lente. Dès le mois d'avril, la malade, parfaitement guérie, put retourner dans sa famille et se livrer à toutes ses occupations.

Obs. XXXVII. (Verneuil. Thèse de Marchand, 1873). — Femme de 61 ans. Cancer du rectum datant de huit mois, remontant à 5 centimètres de hauteur. La tumeur occupe toute la moitié antérieure de l'intestin. La moitié postérieure de la circonférence du vagin est envahie et sa muqueuse est adhérente. Opérée par M. Verneuil au moyen du thermo-cautère et de l'écraseur. Suites de l'opération naturelles. Un an après, récidive nécessitant une nouvelle opération, cette fois suivie d'une guérison qui paraît définitive. Incontinence. La malade fut revue deux ans après ; elle était toujours affectée d'incontinence, mais se montrait très-heureuse de son état.

Obs. XXXVIII. (Verneuil. Thèse de Raymond, 1870). — Jeune fille de 16 ans. Cancer du rectum ayant débuté en 1867. On sent au toucher rectal des tumeurs dures, bosselées, s'imbriquant les unes dans les autres, dont les limites supérieures sont facilement attein-

tes avec le doigt. Paroi recto-vaginale envahie. Opérée le 11 mars 1868. Ouverture du péritoine. Péritonite suraiguë consécutive. Mort, le 13 mars.

Obs. XXXIX (Verneuil. Thèse de Debuschère, 1871.) — Femme de 60 ans, souffrant depuis plusieurs années d'un épithélioma, occupant les trois quarts de la circonférence du rectum et embrassant ses parties postérieure et latérales. La tumeur s'étend à 4 centimètres de hauteur; la paroi recto-vaginale n'est pas envahie. Opérée par la méthode de Verneuil. La malade guérit sans avoir présenté le moindre phénomène fébrile.

Obs. XL. (Verneuil. Thèse de Marchand, 1873). — Homme de 51 ans. Cancer du rectum datant d'un an. La tumeur émerge à la marge de l'anus et remonte à 3 centimètres sur la face postérieure de l'intestin. Les tissus voisins ne sont pas envahis. Opération exempte de complication. Guérison.

XLI. (Verneuil. Thèse de Marchand). — Femme de 67 ans. Cancer envahissant le bord de l'anus, et remontant à un peu plus de 2 centimètres sur la face latérale gauche du rectum. Opérée au moyen du thermo-cautère et de l'écraseur. Tout va bien jusqu'au huitième jour. A ce moment, érysipèle grave qui emporte la malade en quatre jours.

Obs. XLII. (Inédite.) — Cette observation nous est communiquée par notre collègue, M. le docteur Leprêtre, médecin stagiaire au Val-de-Grâce. Il s'agit d'une femme âgée de 36 ans, malade depuis quelques années et entrée en 1877 à l'hôpital de la Croix-Rousse de Lyon, dans le service de M. le docteur Mollière. Le cancer remontait assez haut pour qu'il fût impossible d'atteindre avec le doigt les limites du mal. Mais les douleurs ressenties par la malade étaient tellement atroces que la nécessité d'une intervention se fit sentir. M. Mollière enleva au moyen de la ligature élastique, 4 centimètres environ de l'intestin. Dès le lendemain de l'opération, les douleurs avaient disparu. Les suites de l'opération furent très-naturelles, et la cicatrisation complète au bout de quelques

semaines. La malade ne succomba que huit mois après aux progrès de la cachexie cancéreuse, sans avoir souffert des douleurs qu'elle avait eu à supporter avant l'opération.

Obs. XLIII.—Ménard (Florence), âgé de 54 ans, concierge, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 25 juillet 1878, pour un rétrécissement cancéreux du rectum remontant très-haut. La maladie avait débuté au mois de janvier de la même année. Mais à partir du mois d'avril, la présence du cancer produisait chez la malade des douleurs tellement vives que, trois jours après son entrée à Saint-Louis, M. le Dr Terrillon, alors chargé du service, se décida à pratiquer l'extirpation du rectum. L'opération fut faite par la méthode de Verneuil, c'est-à-dire au thermo-cautère et à l'écraseur ; toute la partie inférieure du rectum fut enlevée et cependant M. Terrillon crut s'apercevoir qu'il avait laissé quelques points malades. Les suites de l'opération furent des plus bénignes. Pas d'hémorrhagie ; pas de réaction fébrile ; les douleurs disparurent complétement dès les premiers jours, l'appétit revint et la malade était très-satisfaite de son état. Au bout de sept semaines la cicatrisation était complète et elle quittait l'hôpital. Pendant deux mois, elle se porta très-bien, prit de l'embonpoint et put se livrer à toutes es occupations, malgré l'incontinence des matières fécales dont elle était affectée. Au mois de novembre, récidive se traduisant par des douleurs intolérables et par des alternatives de diarrhée et de constipation ; la malade rentre à la Pitié, dans le service de M. Verneuil, le 17 février 1879, où nous la voyons le 15 avril dernier. A l'examen local, nous constatons une collerette de tissu néoplasique au pourtour de l'anus formée par des bourgeons très-saillants. Extension à la partie postérieure de l'anus remontant vers le coccyx, avec douleurs extrêmes à la pression ; parties évidemment destinées à s'ulcérer. En introduisant le doigt, on pénètre dans un canal inextensible, à parois indurées, et arrêtant immédiatement le doigt ; il est évident que toute la portion inférieure du rectum et des parties environnantes est envahie, sans qu'on puisse préciser les limites du mal. L'état général est peu satisfaisant. La malade souffre beaucoup, a perdu l'appétit, est émaciée ; en un mot, elle est à la période de la cachexie cancéreuse.

RÉSULTATS IMMÉDIATS

Ainsi, sur quinze observations de cancer du rectum traité par l'extirpation, au moyen des méthodes non sanglantes, nous ne constatons que trois cas de mort. Encore devrions-nous ne pas faire entrer dans ce calcul la malade que M. le professeur Verneuil perdit (obs. XLI) par suite d'un érysipèle consécutif, car la mort ne saurait ici être imputée à l'opération elle-même; l'érysipèle n'a été qu'un épiphénomène qui aurait pu tout aussi bien survenir à l'occasion de la moindre plaie. Les deux autres terminaisons fatales ont été le résultat d'une péritonite suraiguë survenue chez une opérée de Schuh (obs. XXXV) et chez une autre de M. Verneuil (obs. XXXVIII). Dans les deux cas, le péritoine avait été ouvert. On voit, par là, que les méthodes non sanglantes d'extirpation du rectum entraînent après elles une mortalité plus faible que les méthodes sanglantes, et que cette mortalité peut être représentée par la proportion de 1/7. Il est d'ailleurs bien entendu que nous ne tenons pas compte ici des cas de guérison obtenus par M. Chassaignac (1), parce que, malgré la grande autorité de l'auteur, son affirmation est trop vague pour servir de base à un calcul. On voit, en outre, que de toutes ces méthodes, il n'en est qu'une qui mette absolument à l'abri de toute hémorrhagie, c'est la méthode de M. Verneuil (thermo-cautère et écrasement linéaire combinés); celle-ci a, en outre, l'immense avantage de permettre au chirurgien de manœuvrer tout à son aise,

(1) Chassaignac, Traité des opérations chirurgicales.

grâce à la largeur de la plaie créée par l'incision qui va de l'anus au coccyx. C'est pourquoi nous la préférerions à toutes les autres.

En résumé, nous voyons que l'extirpation du rectum est une opération des plus graves, et que la mort en est souvent la conséquence. Dans les cas que nous avons mentionnés plus haut, celle-ci peut être attribuée aux complications suivantes :

Cinq fois à la péritonite ;

Une fois à l'hémorrhagie ;

Deux fois à l'infection purulente ;

Une fois à l'inflammation du tissu cellulaire pelvien ;

Une fois à l'épuisement nerveux causé par l'opération ;

Une fois à l'érysipèle ;

Enfin, une fois à des accidents pernicieux.

Tous ces accidents, à la rigueur, peuvent être évités, au moins en grande partie. Les accidents pernicieux ne peuvent être attribués à l'opération elle-même. On se mettra à l'abri de l'érysipèle en ayant soin de s'abstenir toutes les fois que le milieu nosocomial prédispose à l'affection, et de l'épuisement nerveux en n'opérant que les individus que la cachexie cancéreuse n'a pas encore tout à fait débilités. L'hémorrhagie ne se produira pas si l'on emploie le procédé de M. Verneuil, et malgré la richesse vasculaire de la région, on aura rarement l'occasion d'observer la phlébite purulente, grâce aux nouvelles méthodes de pansements.

La complication la plus terrible et la plus fréquente est la péritonite, soit qu'elle se produise à la suite d'une lésion de la séreuse, soit qu'elle survienne par simple propagation ou sans cause appréciable, comme chez le

malade de Simon, de Rostock (obs. XXIV). Or, la péritonite surviendra fatalement toutes les fois qu'on tentera d'extirper des portions trop considérables d'intestin. Nous en donnerons plus loin la raison.

Suites éloignées. — Lorsque l'opération n'est pas fatale, elle marche vers la guérison d'une façon un peu différente, suivant que la muqueuse a pu être abaissée et suturée à la peau, ou suivant que la plaie a été pansée à plat. Quand la réunion que l'on a tentée réussit, les résultats sont rapides, mais malheureusement elle échoue presque toujours. Quoi qu'il en soit, la cicatrisation complète de la plaie a toujours lieu dans un temps relativement assez court, surtout si aucune complication n'est venue retarder la réparation. Nos observations fournissent des résultats uniformes sous ce rapport-là, et, à part quelques exceptions, on peut dire que la cicatrisation, et par conséquent la guérison, demande pour s'effectuer de quatre à dix semaines.

Deux cas peuvent se présenter une fois la guérison obtenue : ou bien le tissu cicatriciel peut conserver sa force rétractile et revenir de plus en plus sur lui-même, de façon à rétrécir tellement l'orifice intestinal qu'il devienne une source d'inconvénients souvent très-graves ; ou bien, au contraire, il persiste un vaste infundibulum au sommet duquel on trouve un orifice béant, incapable de retenir les matières. Dans le premier cas, il y aura, au bout d'un certain temps, rétrécissement et accidents d'occlusion intestinale qui nécessiteront une nouvelle opération. Dans le second cas, il y aura incontinence absolue des matières contre laquelle aucun traitement ne prévaudra.

Mais, entre ces deux extrêmes, il existe une foule d'intermédiaires. Les malades opérés ont tous, sans exception, une incontinence absolue les jours qui suivent, et cette incontinence persiste un temps plus ou moins long après la guérison. Mais plus tard, les choses se modifient au point de vue des résultats définitifs et plusieurs cas peuvent alors se présenter. D'après les observations, certains malades sont frappés d'une incontinence absolue, comme cela était pour une malade de Lisfranc, qui fut observée plusieurs années après l'opération par Cruveilhier, ou pour celle de M. Dolbeau (obs. XV). D'autres peuvent conserver leurs matières solides, tandis que les liquides passent involontairement ; c'est le cas le plus commun. Enfin, dans plusieurs observations il est mentionné que les sujets retiennent également bien les matières solides, les liquides, voire même les gaz. D'après M. Marchand, « le seul rétrécissement que présente, dans presque tous les cas, l'anneau inodulaire suffit pour expliquer le fait, surtout quand il vient s'y joindre une légère procidence de la muqueuse. » D'ailleurs, il peut rester une quantité suffisante de fibres du sphincter pour exercer une action constrictive véritable. L'inconvénient que nous avons signalé plus haut, et qui réside dans un rétrécissement excessif de l'anneau cicatriciel est extrêmement rare, mais il suffit qu'il existe pour que le chirurgien y prête son attention.

Il nous reste à examiner maintenant l'objection la plus sérieuse qu'on ait faite à l'extirpation du rectum et qui est relative aux récidives parfois rapides qui la suivent. Ce reproche atteint du même coup les autres opérations dirigées contre le cancer, et même contre d'autres genres de tumeurs assez nombreuses. Or, il est démon-

tré aujourd'hui, que l'intervention chirurgicale prolonge la vie des individus affectés de cancers accessibles à l'opération. Pour ce qui a trait au cancer du rectum, nous avons de nombreux exemples où non-seulement l'opération a soustrait les malades à des causes de mort imminentes, mais où encore la récidive locale ne s'est manifestée qu'un temps assez long après l'opération. M. Verneuil compte deux cas de guérison définitive. Velpeau en comptait deux également. Dieffenbach a vu de ses malades rester guéris pendant des années, Chassaignac également. Il est bon nombre d'autres cas, où la récidive n'est survenue que plusieurs années après cette opération. Le dernier malade de Nussbaum survécut trois ans. Un malade de Marjolin, que M. Richet avait opéré pour une récidive, resta guéri pendant quatre ans, à la suite de cette seconde opération. Enfin, d'après les documents que nous avons résumés, nous voyons que la récidive est arrivée dans un temps variable entre un mois et sept ou huit ans. Dans 20 cas où les malades ont été suivis après l'opération, on peut les diviser en quatre classes à ce point de vue :

Chez cinq malades, la récidive est arrivée moins d'un an après l'extirpation ; chez neuf autres, elle n'est arrivée qu'après plus d'un an ; trois ne présentaient aucune trace de récidive après plus de deux ans, et trois étaient encore parfaitement sains plus de trois ans après l'opération. Enfin nous avons vu que quelquefois le mal n'a pas récidivé, et ces faits, quoique rares, doivent être considérés comme des guérisons définitives.

CHAPITRE II

ETABLISSEMENT DE L'ANUS ARTIFICIEL

L'idée d'établir un anus artificiel fut émise pour la première fois par Littre en 1710; mais cette idée ne fut mise en pratique que soixante ans plus tard par Pillore, de Rouen, qui, en 1710, fit un anus artificiel à un malade atteint de cancer du côlon et de la partie supérieure du rectum. Après lui, Antoine Dubois opéra, en 1783, un enfant venu au monde avec une imperforation de l'anus, mais sans succès, puisque l'enfant mourut dix jours après. En 1794, Desault pratiqua la même opération, mais sans plus de succès. Vers la même époque, Fine, de Genève, établit un anus artificiel chez une malade de 70 ans. L'opération réussit; « il se forma un anus artificiel par lequel les matières fécales sortaient, non pas continuellement, mais une ou deux fois par jour seulement, et avec un sentiment de besoin préalable qui donnait à la malade, le temps de préparer le petit pansement nécessaire pour ne pas se salir. » (Manuel de médecine pratique de Louis Odier, de Genève; 2e édit. 1811.)

Depuis, cette opération fut tentée par beaucoup de chirurgiens, mais avec des résultats fort différents. En 1814, le Dr Martland la pratiqua sur un homme robuste dont le rectum était complétement obstrué par un cancer, et le succès fut tel, que dix-huit jours après l'opération le malade put reprendre ses occupations (Edinburgh medical and surgical Journal, octobre 1825,

page 271). En 1817, le Dr Freer, de Birmingham, opéra un homme âgé de 47 ans qui mourut le dixième jour. Pring, en 1820, obtint un succès sur une femme âgée de 66 ans (London medical and phys. Journal, 1821).

Dans ces diverses opérations, c'est la méthode de Littre qui fut toujours employée, méthode plus ou moins modifiée par les opérateurs, mais dont le principe consiste à faire l'anus artificiel à la paroi abdominale. Ce ne fut qu'en 1813 que Callisen indiqua un nouveau procédé qui porte son nom, et qui consiste à ouvrir le côlon lombaire gauche à sa partie postérieure, dans le point où il n'est pas recouvert par le péritoine. La méthode de Callisen tomba vite en désuétude. En 1839, Amussat la remit en honneur par ses beaux travaux, et la fit réellement sienne par l'étude complète et la description exacte qu'il en fit. (Quelques réflexions pratiques sur les rétrécisements du rectum, in *Gazette médicale de Paris*, 1839, n° 1.) Il n'entre pas dans le cadre de notre sujet de décrire les deux méthodes avec les modifications que les chirurgiens de notre époque y ont apportées, ni d'établir entre elles un parallèle. Cette étude, du reste, a été faite avec beaucoup de soin par Dupuytren (Dict. en 30 vol., Art. Anus anormal), par Vidal (de Cassis) (thèse de concours, 1842) et plus récemment encore par M. Guyon (art. Anus artificiel du *Dict. Encycl. des Sciences méd.*, Paris, 1863). Les trois chirurgiens se prononcent en faveur de la méthode de Littre et c'est elle que presque tous nos praticiens emploient. Cependant, les chirurgiens anglais les plus éminents (Curling, Allingham), préfèrent le procédé d'Amussat, et le pratiquent à l'exclusion presque absolue de la côlotomie inguinale. Il est difficile de comprendre pourquoi les avis sont si diffé-

rents des deux côtés, puisque, au point de vue de leurs suites, l'une et l'autre de ces méthodes ont absolumen la même valeur et comptent le même nombre à peu près de succès et de revers.

Les observations d'établissement d'un anus artificiel, dans le cas de cancer du rectum, sont très-nombreuses, mais elles sont surtout consignées dans les publications anglaises. Bien que notre ignorance de la langue nous ait empêché de recueillir toutes celles qui existent, nous croyons cependant que celles que nous avons résumées sont en nombre suffisant pour donner une idée de la valeur de cette opération dans le cas de cancer, et pour permettre d'établir un parallèle entre elle et l'extirpation du rectum, soit au point de vue de ses résultats immédiats, soit au point de vue de ses résultats définitifs.

Obs. XLIV. (Sully, in Medical Times and Gaz., déc. 1864.) — Homme de 28 ans. Cancer du rectum remontant assez haut et progressant avec une rapidité extraordinaire. Rétrécissement absolu et phénomènes d'obstruction intestinale. Opéré par le procédé d'Amussat. L'amélioration du malade fut assez rapide et se maintint pendant trois mois. A cette époque, péritonite chronique, probablement par extension de la première maladie. La mort survint lentement.

Obs. XLV (Id., loc. cit.). — Employé de chemin de fer, malade depuis dix-huit mois; les limites du mal ne sont pas précisées. Rétrécissement absolu. Opéré par la méthode de Callisen. Soulagement notable pendant six semaines. A cette époque, collapsus subit, suivi de mort rapide. Autopsie refusée.

Obs. XLVI (Id., loc. cit.). — Homme de 54 ans, actif et sobre,

malade depuis un an. Cancer du rectum occupant toute la hauteur de cet intestin. Obstruction complète. Opéré par la méthode de Callisen. Les jours qui suivent l'opération, le malade a bonne apparence; mais à la fin de la troisième semaine il s'affaisse et a des vomissements. Dyspnée intense et râles dans la poitrine. Mort en peu d'heures. A l'autopsie, on trouve un œdème considérable des deux poumons et un abcès formé dans la gaîne du muscle psoas. Le rectum était environné d'une masse de tissus squirrheux présentant quelques traces de dégénérescence au centre.

Obs. XLVII (Maunders, Cancer recti, 1857). — Homme de 52 ans. Cancer du rectum ayant déterminé une fistule vésico-rectale. A son entrée à l'hôpital, il est très-émacié et présente des phénomènes d'obstruction. Opéré par la méthode de Callisen. Résultats immédiats heureux. On ne dit pas après combien de temps le malade mourut.

Obs. XLVIII (Ward, in Medical Times and Gazette, t. II, 1860). — Homme cachectique qui avait été depuis quelques années atteint d'un cancer s'étendant sur une longue étendue du rectum. Opéré par la méthode de Callisen. Amélioration notable. Trois semaines après l'opération, les matières passent entièrement par l'anus artificiel et le malade peut se lever.

Obs. XLIX (Id., Med. Times, 1864). — Cancer du rectum opéré par Ward, au mois de décembre 1861, par la méthode de Callisen. Soulagement immédiat du malade. La mort ne survint que le 30 juin 1864, c'est-à-dire deux ans et demi après l'opération. A l'autopsie, on trouva un squirrhe remplissant tout le bassin.

Obs. L (Humphrey's, in British medical Journal, t. I, 1864). — Homme de 31 ans. Cancer du rectum obstruant complétement l'intestin, au niveau de sa partie moyenne. Opéré par la méthode de Callisen, le 21 juin 1864. L'amélioration fut rapide; dès le 25 juin, le malade put se lever et prendre une nourriture solide. Mais bientôt la situation s'aggrava; mort le 7 novembre suivant.

A l'autopsie, on trouva des dépôts cancéreux bouchant le rectum vers son milieu.

Obs. LI (Curling, in The Lancet, t. I. 1864).—Homme de 29 ans, marié. Cancer du rectum rétrécissant l'intestin, au point de ne pas permettre l'introduction complète de l'index. Opéré le 20 juillet 1864 suivant la méthode de Callisen. Une amélioration très-notable se produisit, et dès le dixième jour après l'opération, le malade était en état de se lever. Cinq mois après, il avait l'air de se bien porter encore.

Obs. LII (Curling, in London Hospital Reports t. IV, 1867). — Homme de 20 ans, vigoureux et sobre avant sa maladie. Entré à l'hôpital le 9 janvier 1866 avec une apparence cachectique. Cancer du rectum ayant détruit la marge de l'anus, et occasionnant des douleurs très-vives. Etablissement d'un anus artificiel par la méthode de Callisen, le 31 janvier 1866. Grande amélioration après l'opération. L'évacuation des matières se fit régulièrement par l'anus artificiel, et les douleurs diminuèrent. Mort, dix mois après par les progrès de la cachexie cancéreuse.

Obs. LIII. (Id. Loc. cit). — Homme de 26 ans, fermier. Début du mal remontant à plus d'un an. Cancer du rectum obstruant l'intestin à 3 centimètres environ au dessus de l'anus. Traité d'abord par la dilatation, qu'on est obligé de cesser à cause de la douleur qu'elle détermine. Opéré par la méthode de Callisen. Une amélioration notable suivit l'opération, et quinze jours après, le malade quitta l'hôpital, mais il était très-faible. On ne l'a pas suivi depuis.

Obs. LIV (Id. Loc. cit.) — Femme de 29 ans. Début du mal remontant à plusieurs années. Rétrécissement cancéreux du rectum, rendant la défécation douloureuse et difficile. Fistule recto-vaginale. Dilatation graduelle douloureuse, bientôt supprimée. Etablissement d'un anus artificiel le 4 avril 1866. Mort, le 12 avril, par épuisement nerveux. A l'autopsie aucune trace de péritonite.

Obs. LV. (Amussat, Gazette médicale de Paris, 1839). — Homme de 62 ans, malade depuis longtemps. Cancer du rectum remontant à 2 pouces et demi au dessus des sphincters, obturant l'intestin presque complétement. Opérée par Amussat le 14 juillet 1839. Il n'y eut pas pour ainsi dire de réaction générale; l'anus anormal ne donna issue aux matières fécales, que le 18 juillet. Tois mois après l'opération, l'état du malade était assez satisfaisant. Deux ans après ; il vivait encore.

Obs. LVI (Amussat, Gazette médicale de Paris, 1841). — Femme de 60 ans. Obstruction intestinale qui datait de 45 ou de 50 jours. L'affection cancéreuse siégeait ici à la partie supérieure du rectum. Opérée par Amussat. Il n'y eut aucun symptôme de réaction inflammatoire, et ce ne fut que le dixième jour après l'opération qu'elle succomba aux progrès de la cachexie cancéreuse.

Obs. LVII. (Richard, thèse de Paris, 1875). — Femme de 27 ans. Début du mal remontant à huit mois. Cancer annulaire du rectum d'une étendue considérable et dont les limites supérieures ne sont pas nettement définies. Entrée dans le service de M. le professeur Richet, le 18 novembre 1873, avec des symptômes d'obstruction intestinale. Opérée par la méthode de Littre. La malade quitta l'hôpital deux mois après. Elle succomba au mois de novembre 1874, aux progrès de son affection cancéreuse du rectum.

Obs. LVIII. (Id. Loc. cit). — Homme de 65 ans. Cancer annulaire occupant toute la circonférence du rectum, commençant à 8 centimètres de l'orifice anal, à limites supérieures non définies. Retrécissement absolu. Opéré par M. le professeur Richet, au mois de mai 1875. Deux mois après l'opération, le malade était dans un état aussi satisfaisant que possible.

Obs. LIX. (Id. loc. cit). — Homme de 35 ans. Début de la maladie remontant à quinze mois. Cancer volumineux du rectum occupant surtout la paroi antérieure. Retrécissement obsolu et symptômes d'obstruction intestinale. Opéré par M. Richet le 10 avril 1875.

Onze semaines après l'opération, l'état du malade est excellent. Il va plutôt à la garde-robe par les voies naturelles que par l'anus artificiel qui a une grande tendance à se retrécir.

Obs. LX (Id. cit.) — Homme de 21 ans, entré à l'hôpital Lariboisière le 19 septembre 1868, dans le service de M. Verneuil. Cancer du rectum dont le début remonte au mois de juin. Obstruction intestinale. Opéré par la méthode de Littre. Les résultats de l'opération furent très-satisfaisants. La défécation se fit très-bien par l'anus artificiel; l'appétit revint au malade qui reprit de l'embonpoint et des forces. Mort le 3 avril suivant par les progrès de son affection cancéreuse.

Obs. LXI. (Id. Loc. cit.)— Homme de 61 ans, alcoolique. Cancer annulaire du rectum remontant à 10 centimètres de l'orifice anal et occupant tout le petit bassin. Retrécissement absolu. Opéré par M. Richet suivant la méthode de Littre. Le lendemain de l'opération, symptômes de péritonite qui entraîne la mort au bout de quelques jours.

Dans la *Gazette médicale de Paris* du 4 octobre 1873, on lit à l'article *Revue de l'Etranger* : « C. Heath rapporte au congrès de British association neuf cas de colotomie pratiquée sur des femmes. Deux de ces opérations furent faites pour des cancers du rectum qui avaient amené une obstruction intestinale ; les deux malades moururent. Trois autres furent faites pour des squirrhes à marche rapide, avant l'obstruction ; une d'elles mourut, les deux autres guérirent de l'opération : de celles-ci l'une était bien portante sept mois après, l'autre mourait à la même date... D'après l'auteur anglais, il faut dans les cas de cancer du rectum, pratiquer la colotomie de bonne heure. »

A ces diverses observations, il convient d'ajouter

d'autres faits que nous empruntons à Vidal (de Cassis). (Thèse de concours 1842). Cet auteur publie, en effet, deux tableaux comparatifs des méthodes de Littre et de Callisen, comprenant 12 cas qui se répartissent ainsi :

MÉTHODE DE CALLISEN :

Homme de 48 ans.	Amussat.	Vécut 5 mois.
Homme de 62 ans.	Id.	Succès persistant après 2 ans.
Femme de 50 ans.	Id.	Succès.
Femme de 60 ans.	Id.	Mort après 10 jours.
Homme de 57 ans.	Id.	Vécut trois mois.

MÉTHODE DE LITTRE :

Homme de 44 ans.	Martland.	Succès complet.
Femme de 64 ans.	Pring.	Vivait après 6 mois.
Femme de 63 ans.	Fine.	Vécut 3 mois et demi.
Homme de (?) ans.	Pillore.	Mort au 21e jour.
Femme.	Velpeau.	Morte 2 jours après.
Homme de 47 ans.	Freer.	Mort 8 jours après.
Femme de 47 ans.	Amussat.	Morte 24 heures après.

Toutes ces observations réunies donnent un total de trente-cinq cas qui nous suffiront pour juger l'établissement de l'anus artificiel, dans le cas de cancer du rectum. Ici, comme pour l'extirpation du rectum, nous essayerons de calculer la mortalité moyenne entraînée par l'opération, et d'établir à quelles complications la mort peut être due. Puis nous analyserons les résultats définitifs de l'opération.

Malgré l'opinion des chirurgiens anglais qui préconisent l'établisssement de l'anus artificiel, comme une opération très-bénigne, on peut voir par les faits que

nous venons de publier, qu'elle est encore assez grave puisqu'elle a été sept fois suivie de mort, c'est-à-dire dans un cinquième des cas. Il est regrettable que nos observations ne soient pas assez complètes, et que les causes de la mort ne soient pas indiquées dans chacune d'elles. Cependant, il est rationnel de penser que, toujours, c'est la péritonite qui a occasionné les revers, excepté pour le malade qui fait le sujet de l'observation XLVI, chez lequel on trouva, à l'autopsie, un abcès dans la gaîne du psoas, et pour celui qui fait le sujet de l'observation LIV, mort par épuisement nerveux, sans aucune trace de péritonite. L'hémorrhagie, si fréquente dans l'extirpation du rectum, n'est mentionnée dans aucun cas d'établissement d'un anus anormal, pas plus du reste que les autres complications, telles que la phlébite purulente, le phlegmon de la fosse iliaque, etc.

Or, la péritonite peut-elle être sûrement évitée? Si on emploie la méthode de Littre, le péritoine est toujours intéressé, et quelle que soit l'habileté du chirurgien qui opère, cette terrible complication peut survenir. C'est ce qui est arrivé à Velpeau, à Freer, à M. le professeur Richet. C'est précisément pour échapper à la péritonite, qu'Amussat a substitué la colotomie lombaire à la colotomie inguinale, et les chirurgiens anglais ne se proposent pas d'autre but, en ayant exclusivement recours à la méthode de Callisen. Mais il est prouvé par de nombreuses dissections, que le côlon descendant n'est pas toujours dépourvu de péritoine, et que par conséquent la séreuse peut être lésée quelquefois à ce niveau. Telle est l'opinion émise par Dupuytren, dans son remarquable article, *Anus anormal*, du dictionnaire en 30 volumes, et depuis, cette opinion a été corroborée par l'avis

de plusieurs anatomistes. Dans une discussion qui eut lieu à ce sujet à l'Académie de médecine, en 1841, Amussat fut vivement combattu par Breschet et par Blandin, qui affirmèrent l'existence possible d'un mésocôlon. Récamier lui-même fut de cet avis, bien qu'il se déclarât partisan de la méthode de Callisen ; mais il expliqua sa préférence par cette considération, que dans le cas où le mésocôlon existe, on peut écarter facilement par derrière les deux feuillets qui le forment. Quoi qu'il en soit, il suffit que la péritonite puisse survenir, à la suite de la colotomie lombaire, pour que le chirurgien, appelé à établir un anus artificiel, hésite entre les deux méthodes en présence. Pour notre part, nous estimons que celle de Littre a de précieux avantages sur celle de Callisen, et les auteurs français n'ont pas une opinion différente. Il n'est pas toujours facile en effet d'arriver du premier coup sur la partie du côlon descendant qui est dépourvue de péritoine, et l'on sait que les rapports de cette portion du gros intestin varient beaucoup suivant l'âge et les individus, et suivant qu'elle est vide ou remplie par des matières, ou distendue par des gaz. Par la méthode de Littre au contraire, rien de pareil n'est à craindre, et l'on est toujours sûr d'atteindre la partie intestinale sur laquelle on veut pratiquer l'ouverture. Une autre considération qui nous ferait donner la préférence à la méthode française, c'est qu'il est bien moins incommode, pour les patients, d'avoir un anus artificiel en avant qu'en arrière, et que les tristes effets de l'incontinence des matières seront plus facilement supportés dans le premier cas.

L'incontinence absolue est, en effet, la règle après l'établissement d'un anus artificiel chez les malades

atteints de cancer du rectum. On voit bien, dans quelques cas, la partie inférieure de l'intestin reprendre ses fonctions, et les matières s'écouler par les voies naturelles, mais le fait est si rare que plusieurs chirurgiens, et parmi eux Velpeau, en ont nié la possibilité. Cela cependant peut arriver quelquefois, et l'explication qui en a été donnée par Amussat est assez plausible. Pour ce dernier, tant que le cancer resterait induré et boucherait complétement l'intestin, les matières s'écouleraient par l'ouverture anormale ; mais, dès que le mal arriverait à la période d'ulcération, une partie des tissus serait détruite par le processus morbide, et le rectum, n'étant plus qu'incomplétement obstrué, pourrait de nouveau leur livrer passage. Mais, nous le répétons, le fait est extrêmement rare et, en général, les pauvres malades sont affectés pour le reste de leurs jours d'une infirmité dégoûtante qui leur rend quelquefois la vie insupportable.

Mais, il est un accident plus grave qui peut survenir après l'établissement de l'anus artificiel. Dans certains cas qui sont loin d'être exceptionnels, l'ouverture pratiquée, soit à la région lombaire, soit sur la paroi abdominale, se rétrécit tellement que la défécation ne se fait plus ni par les voies naturelles, ni par les voies anormales, et les patients sont de nouveau sous l'imminence d'une occlusion intestinale. En pareille circonstance, on est obligé de débrider cette ouverture, mais souvent les bords de la plaie ont toujours de la tendance à se fermer, et le chirurgien se trouve dans la cruelle alternative de laisser mourir son malade ou de le soumettre à des opérations successives, dont le danger augmente à mesure qu'elles se répètent.

Dans les cas où l'opération n'a pas été mortelle, quels

sont les bénéfices que les malades en retirent? en d'autres termes, au bout de combien de temps la mort arrive-t-elle, après l'établissement de l'anus artificiel dans le cas de cancer du rectum? Les résultats, on doit s'y attendre, ne sont pas toujours les mêmes et ils varient suivant une foule de circonstances : l'âge des malades, la force de leur constitution, le début de la maladie, la nature de la tumeur carcinomateuse, sont autant de conditions qui ont une grande influence à cet égard-là. Il est permis, néanmoins, de faire un calcul d'ensemble d'après les quelques observations que nous avons réunies, parce qu'en général on ne se décide jamais à pratiquer l'opération qu'à une période assez avancée, alors qu'il y a occlusion intestinale complète; à ce moment, la maladie a eu le temps d'imprimer à tous les sujets plusieurs points de ressemblance, relativement aux suites probables de l'intervention chirurgicale. Or, si nous nous reportons aux faits que nous possédons, nous voyons qu'après l'établissement de l'anus artificiel, dans les cas où il n'a pas entraîné la mort par lui-même, celle-ci est arrivée après un temps variable entre dix jours (obs. LVI) et deux ans et demi (obs. XLIX et LVII). Mais ces derniers cas sont tout à fait exceptionnels, et les malades qu'on a pu suivre après l'opération ont vécu tous moins d'un an. Ces derniers, au nombre de quatorze, peuvent se répartir de la manière suivante :

Quatre ont vécu moins de trois mois;

Sept sont morts avant le sixième mois;

Trois, enfin, sont morts avant le onzième mois;

Tous ont succombé aux progrès de la cachexie cancéreuse.

Ces résultats sont assez satisfaisants pour qu'on n'hé-

site pas à pratiquer un anus artificiel pour rémédier aux accidents du cancer du rectum, surtout s'il est impossible d'avoir recours à un autre traitement efficace.

CHAPITRE III

Comparons entre elles les deux méthodes de traitement.

La mort dans le cancer du rectum survient de trois façons : 1. à la suite de l'aggravation des troubles fonctionnels qu'il détermine de bonne heure ; 2° par la cachexie prématurée que déterminent les pertes incessantes de pus et de sang auxquelles les malades sont soumis ; 3° enfin, par suite des progrès de la cachexie cancéreuse.

L'extirpation du rectum répond parfaitement aux deux premières indications que crée l'affection, et cependant des voix assez nombreuses se sont élevées contre elle à diverses époques. C'est d'abord Curling qui s'inscrivit contre elle : « Je pense, dit-il (Diseases of the rectum), qu'une opération qui expose à sa suite le patient à l'effet déplorable de l'incontinence de ses matières, à celui d'un rétrécissement considérable par suite du retrait excessif de la cicatrice, qui est forcément suivie de récidive quand le mal est suffisamment développé pour qu'on ne puisse mettre en doute l'existence d'un cancer, doit être condamnée. Les chances qu'elle offre de prolonger l'existence ne peuvent être acceptées au milieu des dangers qu'elle peut faire courir. » Et Curling donne

la préférence à l'établissement de l'anus artificiel. Nous ne pouvons pas, pour notre part, nous associer à cette conclusion que l'auteur semble plus tirer de l'exposé des faits de Dieffenbach que de son expérience personnelle. Le chirurgien allemand dit, en effet, que de trente malades qu'il a opérés, aucun ne succomba aux suites de l'opération, et que la plus grande partie de ses malades était encore en bonne santé, des années après l'opération. On ne voit pas là ce qui peut avoir engagé Curling à se montrer si sévère, ni Smith à traiter de procédé barbare et antiscientifique une pratique défendue par tant d'esprits éminents (Holmes, System of surgery, t. IV).

Quels sont d'ailleurs les reproches adressés à cette méthode? En première ligne, les chirurgiens anglais placent l'incontinence des matières, sans se douter qu'ils sont ainsi les premiers à condamner leur pratique. Cette infirmité est, en effet, aussi rare après l'extirpation du rectum, qu'elle est fréquente après l'établissement de l'anus artificiel. D'ailleurs, à supposer même qu'elle suivît plus souvent l'opération, quelle raison y a-t-il pour préférer qu'elle ait lieu par la paroi abdominale ou par le dos, plutôt que par le rectum? N'est-il même pas plus facile dans ce dernier cas d'obvier à cette triste infirmité? Le second reproche est relatif au rétrécissement considérable produit par la coarctation consécutive de la cicatrice. On a pu voir par les faits que nous avons cités combien cette complication est rare, et lorsqu'elle se présente, il est assez facile d'y remédier, comme l'a fait M. le professeur Verneuil, en taillant un lambeau trapézoïde allant vers le coccyx. Nous répéterons en outre, ici, ce que nous avons dit pour l'incontinence : il arrive au moins tout aussi fréquemment que l'anus artificiel a de

la tendance à se refermer, comme le malade de M. Richet (obs. LIX) nous en offre un exemple. De sorte que, si les partisans de la côlotomie n'avaient pas d'autres arguments à faire valoir en faveur de leur pratique, nous doutons fort qu'il se trouvât un seul chirurgien pour suivre leur exemple.

Une objection plus sérieuse, faite contre l'extirpation du rectum et en faveur de la côlotomie, est celle qui est tirée des graves complications de la première de ces opérations. Nous avons vu cependant, quand nous avons étudié ces complications, que presque toutes pouvaient être évitées : l'hémorrhagie par les nouvelles méthodes opératoires, l'infection purulente au moyen des pansements antiseptiques. La plus terrible de ces complications, la péritonite elle-même, deviendra très-rare, si le chirurgien ne tente pas l'extirpation indistinctement dans tous les cas de cancer du rectum. Il est nécessaire de ne pas dépasser une certaine limite, pour que le cul-de-sac vésico-rectal ne soit pas intéressé. C'est pour cela que la plupart des chirurgiens se sont appliqués à déterminer cette limite, avec le plus de précision possible.

Le problème de savoir à quel niveau s'étend le cul-de-sac péritonéal, a eu presque autant de solutions qu'il y a eu d'anatomistes à l'étudier. Sa distance à l'anus est de 11 centimètres pour Sanson, de 7 centimètres seulement pour Sabatier et Dupuytren. M. le professeur Richet, à la suite de Malgaigne, adopte le chiffre donné par Sanson, mais la majorité des anatomistes n'accepte pas un chiffre aussi élevé. Pour Velpeau et Béraud, Legendre, M. Sappey, M. Farabœuf, l'intervalle compris entre ce cul-de-sac et l'anus varie de 5 à 6 centimè-

tres quand la vessie est vide, et ne dépasse guère 8 centimètres quand elle est distendue. Chez la femme, le rectum est adhérent en avant à la paroi postérieure du vagin, derrière lequel le péritoine descend dans une étendue de 2 ou 3 centimètres. Dans l'état de repos des organes, on peut estimer, avec M. Sappey, à 6 centimètres la portion sous-péritonéale du rectum. De ces considérations anatomiques, il ressort clairement que, dans les deux sexes, on ne peut enlever plus de 6 centimètres de rectum, sans danger d'ouvrir le péritoine. Cependant le décollement de la séreuse est possible, et c'est là ce qui explique comment on a pu remonter à plus de 10 centimètres sans l'ouvrir, tandis qu'on l'a ouverte quelquefois, en extirpant seulement les 5 ou 6 derniers centimètres de l'intestin. Aussi posons-nous en principe que l'extirpation du rectum, dans le cas de cancer, ne doit pas être pratiquée, lorsque le mal remonte à plus de 6 ou 7 centimètres au-dessus de l'anus. Dans son mémoire publié en 1832, Lisfranc donne les préceptes suivants : « Il faut que le doigt puisse circonscrire le mal et le dépasser facilement en haut; que le rectum soit mobile et libre d'adhérences ; que les ganglions pelviens et inguinaux soient sains.... » Les praticiens modernes se sont montrés plus hardis et le succès les a suivis. Cependant, malgré les cas de guérison obtenus par Nussbaum et Schuh, nous pensons, avec M. le professeur Verneuil, que les adhérences à la prostate et à la vessie sont des contre-indications formelles : il n'en est pas de même des adhérences avec la paroi recto-vaginale.

Réduite à ces limites, nous n'hésitons pas à croire que l'extirpation du rectum sera plus rarement suivie

de péritonite que l'établissement de l'anus artificiel. Il suffit, pour s'en convaincre, de comparer entre eux les deux modes de traitement à ce point de vue là. En effet, sur douze cas de mort consécutifs à l'extirpation, cinq seulement ont été dus à la péritonite, tandis que dans sept cas seulement de côlotomies fatales, cette complication est survenue le même nombre de fois. Et pourtant, les premiers opérateurs se trouvaient quelquefois dans de très-mauvaises conditions, qui devaient presque nécessairement leur faire intéresser le cul-de-sac péritonéal; celui-ci sera presque toujours certainement respecté lorsqu'on se bornera à n'enlever que des portions restreintes d'intestin. Il n'en est pas de même pour l'anus anormal : qu'on emploie le procédé de Littre, ou celui de Callisen, le plus habile ne sera pas toujours à l'abri de la péritonite, car dans le premier cas la séreuse sera toujours forcément intéressée, et dans le second cas elle sera assez souvent difficilement évitée, grâce à la présence possible d'un mésocôlon descendant.

Les diverses raisons que nous venons d'étudier militent toutes en faveur de l'extirpation du rectum ; il en est encore une autre qui vient corroborer celles-là. Le cancer du rectum est une des manifestations les plus pénibles de cette cruelle diathèse. Les douleurs occasionnées par la simple présence du mal sont ici augmentées et exaspérées par le passage incessant des matières fécales, qui irritent les parties dégénérées. Ces douleurs sont quelquefois si atroces, qu'elles suffisent pour plonger les patients dans un marasme complet, et que certains malades se condamnent à une diète absolue, pour avoir moins souvent l'occasion d'accomplir l'acte de la défécation. Un des premiers effets de l'extir-

pation du rectum, est précisément de faire complétement disparaître ces douleurs, à tel point que pour certains chirurgiens ce seul résultat justifie l'opération. Chose étonnante ! les douleurs ne reviennent pas toujours avec la récidive, comme le prouvent plusieurs faits. Tel a été le cas de deux malades de Nussbaum et de Schuh ; tel a été aussi celui du malade de Mollière qui fait le sujet de l'observation XLII. Dans ce dernier fait, le phénomène est des plus frappants, puisque le savant chirurgien de Lyon n'avait pas d'autre but que celui de supprimer la douleur, et ce but, il l'atteignit en enlevant seulement la portion sphinctérienne de l'intestin, alors que presque tout le rectum était envahi par la production carcinomateuse. Nous ne prétendons pas nier l'influence bienfaisante de l'anus anormal à ce point de vue là, et nous sommes persuadé au contraire que les douleurs doivent toujours être notablement atténuées, dès que les matières fécales ne vont plus au contact des tissus malades. Mais cependant, bien que les observations soient muettes à ce sujet, il nous serait difficile d'admettre qu'elles disparaissent complétement. La présence du mal les engendre et les entretient, et un cancer du rectum ne peut pas être moins douloureux qu'un cancer du sein, par exemple, ou de tout autre organe. C'est là certes une considération qui a du prix et dont on doit tenir compte, quand on sera appelé à intervenir dans l'affection qui nous occupe.

Serait-ce donc en raison de ses conséquences éloignées que l'extirpation du rectum a été si sévèrement proscrite par les chirurgiens anglais même les plus audacieux. En d'autres termes, les résultats définitifs de

l'opération sont-ils de nature à la faire rejeter au profit de l'anus artificiel ? Sans doute, comme tous les cancers, quel que soit leur siége, le cancer du rectum récidive presque toujours. Mais cette triste perspective, le chirurgien ne l'a-t-il pas aussi lorsqu'il attaque un néoplasme malin, et la presque certitude de cette récidive arrête-t-elle jamais sa main lorsqu'il doit extirper un sein cancéreux, un épithélioma de la langue, ou amputer un fémur sur lequel siége un ostéosarcome? Et si la récidive est plus tardive à survenir que la mort chez les individus qu'on laissera périr des progrès de la cachexie cancéreuse, ne serait-on pas en droit de faire l'extirpation même si elle présentait plus de dangers qu'elle n'en offre réellement ? Il suffira, pour juger la question, de résumer dans deux tableaux comparatifs les résultats fournis par l'extirpation du rectum et par l'anus artificiel, chez les malades qu'on a pu suivre :

EXTIRPATION DU RECTUM.		ANUS ARTIFICIEL.	
Guérisons définitives	2	Guérisons définitives.....	0
Récidives après plus de 3 ans.	3	Mort en moins de 3 ans....	2
— en moins de 3 ans.	3	— en moins de 2 ans....	0
— en moins de 2 ans.	9	— avant 3 mois	4
— en moins d'un an ..	5	— avant 6 mois.....	4
		— avant 11 mois	3
Total.	22	Total.	14

Ces deux tableaux se passent de commentaires, et permettent à tout esprit non prévenu de faire son choix entre les deux méthodes. Il suffit d'y jeter un coup d'œil pour voir que, toutes les fois qu'on le peut, on ne doit pas reculer devant l'extirpation du rectum cancéreux, pourvu que l'on soit assuré de laisser le péritoine

intact dans l'exécution de l'opération. Cependant, on pourra, dans certains cas, retirer des bénéfices réels de l'établissement d'un anus artificiel, et nous sommes loin d'être aussi exclusifs que les chirurgiens anglais. Lorsque le cancer remontera à plus de 6 ou 7 centimètres au-dessus de l'anus; lorsque la prostate et la vessie seront envahies par la production morbide; lorsque la cachexie sera si avancée qu'elle empêchera le malade de supporter l'extirpation du rectum; dans toutes ces circonstances, la côlotomie sera indiquée, dès que se manifesteront les phénomènes d'obstruction intestinale, et très-souvent elle prolongera la vie pendant quelque temps.

CONCLUSIONS

I. — L'extirpation du rectum, quand elle est possible, donne de meilleurs résultats que l'établissement de l'anus artificiel, dans le traitement du cancer du rectum.

II. — Elle ne doit être pratiquée que lorsque le cancer ne remonte pas à plus de 6 à 7 centimètres au-dessus de l'anus, et qu'il n'a pas envahi les organes génito-urinaires, au moins chez l'homme.

III. — La méthode opératoire à employer est celle de M. le professeur Verneuil (thermo-cautère et écrasement linéaire combinés), parce que c'est celle qui met le mieux à l'abri des complications.

IV. — L'anus artificiel sera réservé pour le cas où l'extirpation du rectum est contre-indiquée. La méthode de Littre présente de grands avantages sur celle de Callisen, et sera employée de préférence.

Paris. — A. PARENT, imp. de la Faculté de Médecine, r. M.-le-Prince 29-31.